



Trabajo Original

Otros

Estudio transcultural de los diferentes componentes de la insatisfacción corporal en muestras comunitarias de España y Chile

Cross-cultural study of the different components of body dissatisfaction in community samples from Spain and Chile

Carmen Varela¹, Camila Oda-Montecinos² y Carmina Saldaña¹

¹Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Barcelona. Barcelona. ²Instituto de Ciencias Sociales. Universidad de O'Higgins. Chile

Resumen

Introducción: el estudio de la insatisfacción corporal se ha centrado sobre todo en sus componentes perceptual y cognitivo-conductual, habiendo sido menos analizado el componente afectivo, tanto en España como en Chile. Hasta el momento, se ha observado mayor presencia de insatisfacción corporal en la población femenina y con sobrepeso. Esto se ha relacionado en gran parte con la mujer delgada y definida como ideal de belleza.

Objetivo: comparar los diferentes componentes de la insatisfacción corporal (perceptual, cognitivo-conductual y afectivo) en la edad adulta en una muestra comunitaria de ambos sexos de España y de Chile.

Método: se utilizó una muestra de 390 participantes, la cual se dividió en dos muestras según el país (n = 179 chilenos; n = 211 españoles). A su vez, los grupos por países se dividieron en dos grupos en función del índice de masa corporal (IMC) y también en función del sexo. Se evaluaron los diferentes componentes de la insatisfacción corporal mediante cuestionarios específicos para cada uno de ellos.

Resultados y discusión: tanto en España como en Chile, las personas con sobrepeso muestran mayor insatisfacción en las áreas perceptual y afectiva, especialmente las mujeres. Sin embargo, el componente cognitivo-conductual es el único en el que se hallaron diferencias entre países, mostrándose las mujeres con sobrepeso españolas más insatisfechas (t = 4,14, p < 0,001, d = 0,72, IC = 0,22-1,12). Estos resultados constatan la mayor presencia de insatisfacción corporal en mujeres con sobrepeso, asociada a la mayor presión sobre la apariencia en la población femenina.

Palabras clave:

Chile. España. Estudio transcultural. Índice de masa corporal. Insatisfacción corporal.

Abstract

Background: the study of body dissatisfaction has been focused on their perceptual and cognitive-behavioral components, being the affective component the least analyzed, both in Spain and Chile. Until now, it has been observed more presence of body dissatisfaction in overweight women. This fact has been related with the thinness beauty ideal established by society.

Objective: to compare the different components of body dissatisfaction (perceptual, cognitive-behavioral and affective) in adults in a community sample of both sexes of Spain and Chile.

Method: the sample consisted of 390 participants and has been divided in two samples by country (n = 179 Chileans; n = 211 Spanish). At the same time, these groups were divided in two groups by body mass index (BMI) and also by sex. The different components of body dissatisfaction were evaluated using specific questionnaires for each of them.

Results and discussion: both in Spain and in Chile, people with overweight show more dissatisfaction in the perceptual and affective areas, especially women. However, cognitive-behavioral component is the only one where differences between countries were found, showing overweight Spanish women more dissatisfaction. These results verify a higher presence of body dissatisfaction in women with overweight (t = 4.14, p < 0.001, d = 0.72, IC = 0.22-1.12), related to the greater pressure on appearance in the female population.

Key words:

Chile. Spain. Cross-cultural study. Body mass index. Body dissatisfaction.

Recibido: xx/xx/xxxx • Aceptado: xx/xx/xxxx

Varela C, Oda-Montecinos C, Saldaña C. Estudio transcultural de los diferentes componentes de la insatisfacción corporal en muestras comunitarias de España y Chile. Nutr Hosp 2019;36(3):691-697

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.2212>

Correspondencia:

Carmen Varela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Passeig del Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona
e-mail: carmenvarela@ub.edu

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), en los últimos 30 años, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad se ha duplicado en todo el mundo y la presencia de insatisfacción corporal (IC) se ha hecho notar entre las personas que sufren esta condición física (2-6).

La imagen corporal es un constructo psicológico multifacético que comprende las experiencias perceptuales y actitudinales subjetivas sobre el propio cuerpo, en particular sobre la apariencia (7). Desde hace varios años, autores han señalado la presencia de diferentes componentes al hablar de imagen corporal (8,9), tales como: factores perceptuales, afectivos, cognitivos y conductuales.

El componente perceptual se refiere a la precisión en la estimación del tamaño corporal del sujeto (8), basada en juicios puramente perceptivos. Este elemento se puede evaluar analizando la percepción de partes concretas del cuerpo o la estimación del cuerpo entero (9). El componente afectivo está relacionado con las distintas emociones que la persona vive en relación a la imagen corporal y que están en parte relacionadas con ciertas situaciones promotoras de estas sensaciones (7,10). Por último, el componente cognitivo-conductual refleja las valoraciones y creencias subjetivas sobre el propio cuerpo, que se activan a partir de los esquemas mentales del individuo en el proceso de autoevaluación (3,7,11), así como las acciones o comportamientos derivados a partir de dichas valoraciones (3).

Un importante factor explicativo de la presencia de IC en personas con sobrepeso u obesidad es la presión social y mediática, a partir de la emisión de dos mensajes contradictorios muy relacionados con el componente cognitivo-conductual de la IC. Por un lado, el desarrollo de la tecnología y el aumento de medios de transporte contribuyen al incremento del sedentarismo como estilo de vida (3,4). Por otra parte, el ideal de belleza que se promueve en los medios es el de la extrema delgadez, junto a sus actitudes, creencias y prácticas (2,3,12-16). La internalización de este ideal de belleza, en los esquemas de funcionamiento de la población (12-17), se ha producido sobre todo en los países desarrollados (3,14,18-21), como por ejemplo España. Este fenómeno tiene una especial repercusión entre las mujeres, quienes presentan una mayor IC a lo largo de su vida en comparación con los hombres (2,3,6,13,22), excepto en edades muy avanzadas (17).

Se ha observado que la presión social, en lo que a apariencia se refiere, es más homogénea, está mucho más presente y tiene un mayor impacto en la población femenina (17,23). El ideal que se potencia es inaccesible y se caracteriza por promover la juventud, la delgadez y conductas insanas orientadas al culto al cuerpo; además, este ideal se asocia a mayor éxito a la hora de parecer atractivas a los miembros del otro sexo (23). Por lo anterior, las mujeres adultas refieren conductas más orientadas a mantenerse jóvenes y delgadas (3). La presencia de ese ideal inalcanzable repercute en una disonancia perceptual en las personas con un índice de masa corporal (IMC) elevado (por encima de 25 kg/m²), especialmente en las mujeres (24,25).

Pese a que se observa una relación bidireccional entre los componentes cognitivo-conductual y perceptual, en España se han realizado varios estudios que incluyen esta relación en la explicación de sus resultados. No obstante, a la hora de hacer

la evaluación de la IC, utilizan instrumentos que solo miden el componente perceptual de la misma (20,24,26,27).

En los países que se encuentran en vías de desarrollo, la globalización ha provocado la expansión del ideal de belleza prodelgadez (13,14,19). Chile es un claro ejemplo de la difusión de este ideal de belleza. Este país cuenta con una población joven y que manifiesta sentir una significativa atracción por las tendencias de los países desarrollados en distintos ámbitos, tales como el modelo económico o el ocio, así como los estándares de belleza (28), siendo una de las razones que justificarían la inexistencia de estudios transculturales entre Chile y España. En Chile, muchos de los estudios sobre IC focalizan la atención en los componentes perceptivos y cognitivos-conductuales (14,18,25) y se centran en mujeres adolescentes (14,18,19,25), observándose que son las adolescentes de mayor edad las que presentan una mayor IC. En general, la relación entre IC y sexo parece estar clara y son las mujeres las que se ven más afectadas. En cuanto a la edad, a pesar de que la adolescencia se ha señalado siempre como una etapa de riesgo, debido a que es donde comienzan a detectarse los problemas con la IC (2), se ha observado que en cuanto se incrementa la edad, también se incrementa la IC y esto se puede relacionar con el IMC, ya que a mayor edad, mayor IMC, y a mayor IMC, mayor IC (2,3,6,13,22,28).

En relación al componente afectivo de la IC, no se cuenta con un cuestionario específico para su evaluación. Los estudios actuales han tendido a centrarse en la influencia de los medios de comunicación sobre la imagen corporal, centrándose en la evaluación de cómo estos afectan a los componentes perceptuales y cognitivos-conductuales de la IC, sin que se observen estudios que incorporen los tres elementos mencionados, afectivos, perceptuales y cognitivos-conductuales. Por otro lado, no se observan estudios que analicen la presencia de los distintos componentes de la IC en población adulta chilena y española. Por lo tanto, el interés de este estudio radica primero en presentar una comparación en términos de IC entre España y Chile en población adulta, incluyendo a personas de ambos sexos. Además, se evaluarán los tres componentes de la IC mediante cuestionarios específicamente diseñados para cada uno de ellos y se señalarán las posibles repercusiones clínicas, según los resultados obtenidos en el estudio.

El objetivo de esta investigación es comparar los diferentes componentes de la IC (perceptual, cognitivo-conductual y afectivo) en la edad adulta en población comunitaria de España y de Chile, tanto en hombres como en mujeres.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se obtiene una muestra comunitaria de 390 participantes. En la muestra chilena se cuenta con 179 participantes (M = 36,6 años; DT = 10,6), 135 mujeres y 44 hombres. En cuanto a la muestra española, está compuesta por 211 participantes (M = 32,2 años; DT = 10,0), 172 mujeres y 39 hombres. Las dos muestras se han dividido en dos grupos teniendo en cuenta el IMC: normopeso (NP: 18,5 a 24,99 kg/m²), con 97 sujetos chilenos y 138 españoles, y sobrepeso (SP: > 25 kg/m²), con 82 sujetos chilenos y 73 españoles.

INSTRUMENTOS

Standard Figural Stimuli (SFS) (29)

Esta herramienta se utiliza para evaluar el componente perceptual de la IC y también proporciona información sobre la distorsión de la imagen corporal. En esta investigación solo se utiliza la primera, ya que es la que está directamente relacionada con el objeto de estudio. Esta escala está formada por nueve figuras de 8 cm de altitud, que representan gradualmente siluetas de figuras humanas de hombres y mujeres delgadas hasta las obesas. Las siluetas fueron elaboradas tomando un patrón comparativo; se tuvo en cuenta la apariencia de la imagen corporal para hacer las figuras lo más reales posibles y a cada figura se le asignó un número del 1 al 9. Se solicita a los participantes la identificación de su imagen corporal percibida y la imagen corporal ideal; la diferencia entre el número asignado a la figura percibida y a la ideal indica el grado de IC. La validez concurrente y la reproducibilidad de la prueba son elevadas (30).

Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) (11,31,32)

Evalúa el componente cognitivo-conductual de la IC, concretamente los aspectos actitudinales respecto al constructo imagen corporal, que incluyen componentes evaluativos, cognitivos y conductuales. Los ítems hacen referencia a dos dimensiones: evaluación y orientación. También se dividen en tres ámbitos somáticos: apariencia, forma física y salud/enfermedad. La versión original de este instrumento consta de 69 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert que puntúa de 1 (muy insatisfecho/a) a 5 (muy satisfecho/a). También se dispone de una versión reducida de 45 ítems. En este estudio se utilizan tanto la adaptación española (31) como la chilena (32) de este cuestionario. Se ha de especificar que a menor puntuación en el cuestionario mayor IC.

Eating Disorder Inventory-Body Dissatisfaction Scale (EDI-3) (33,34)

Esta subescala por definición evalúa las creencias del sujeto respecto a su imagen corporal general o partes específicas del cuerpo. Consta de diez ítems que se responden mediante una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). La fiabilidad (alfa de Cronbach) para la escala de insatisfacción corporal es de 0,90 para mujeres y de 0,67 para hombres, en una muestra no clínica española de 19 años o más.

Situational Inventory of Body-Image Dysphoria-Short form (SIBID-S) (7,10)

Evalúa el componente afectivo de la IC, más específicamente las emociones negativas relacionadas con la imagen corporal activadas por contextos específicos. La versión original de este

cuestionario presenta 48 ítems que se responden mediante una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Posteriormente se desarrolló una versión corta de 20 ítems. En este estudio se utiliza la adaptación española de la versión reducida (10). La fiabilidad de la adaptación de este cuestionario se sustenta en un α de Cronbach de 0,94.

PROCEDIMIENTO

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona. Los participantes se han obtenido mediante un muestreo no probabilístico accidental vía internet utilizando la plataforma SurveyMonkey. En la plataforma se incluyen los cuestionarios anteriores y un cuestionario sociodemográfico *ad hoc*. Los participantes tienen conocimiento del estudio a través de correo electrónico y redes sociales, principalmente Facebook. Una vez acceden a la plataforma *on-line* (antes de cumplimentar los cuestionarios), reciben información escrita sobre el objetivo del estudio y se les solicita la confirmación de su consentimiento informado. La participación es voluntaria, sin ningún tipo de incentivos, pudiéndose abandonar en cualquier momento sin necesidad de justificación.

Los criterios de inclusión aplicados han sido: edad entre 18 y 70 años, IMC igual o superior a 18,5 kg/m² y haber completado todos los cuestionarios. Además, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión: presentar algún trastorno de conducta alimentaria y/o problemas psicológicos severos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los análisis de datos se han realizado mediante el programa SPSS.15.0 para Windows. Se utilizan las pruebas *t* de Student y χ^2 para conocer si existen diferencias significativas en las variables sociodemográficas teniendo en cuenta el país de origen. Se emplea la técnica *t* de Student para estudiar las diferencias para cada componente de la insatisfacción corporal teniendo en cuenta el IMC. Se utiliza la U de Mann Whitney para estudiar las diferencias para cada componente teniendo en cuenta el IMC y el sexo dentro de cada muestra. Del mismo modo, la comparación también se establece entre las dos muestras. Además, se han calculado el índice *d* de Cohen, el punto biserial de correlación *r* (35) y la *V* de Cramer para verificar la magnitud de las diferencias.

RESULTADOS

DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La tabla I muestra las diferentes variables sociodemográficas para la muestra total y para cada grupo según el país de origen, Chile y España. Se observan diferencias significativas pero de baja intensidad para las variables edad, IMC, estado civil y situación laboral.

Tabla I. Características de la muestra

| | Total (n = 390) | Chile (n = 179) | España (n = 211) | t/X ² | d/V |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------|----------|
| Edad (M, DT) | 34,2 (10,5) | 36,6 (10,6) | 32,2 (10,0) | t = 4,18 [†] | d = 0,43 |
| Rango de edad | 18,5-66,5 | 20,5-65,5 | 18,5-66,5 | | |
| IMC (M, DT) | 24,7(4,3) | 25,4 (4,0) | 24,1 (4,4) | t = 2,87 [†] | d = 0,31 |
| <i>Sexo (n, %)</i> | | | | X ² = 2,15 | |
| Hombre | 83 (21,3) | 44 (11,3) | 39 (10,0) | | |
| Mujer | 307 (78,7) | 135 (34,6) | 172 (44,1) | | |
| <i>Estado civil (n, %)</i> | | | | X ² = 23,60 [†] | V = 0,25 |
| Soltero | 233 (59,7) | 107 (27,4) | 126 (32,3) | | |
| Casado | 102 (25,2) | 56 (14,4) | 46 (11,8) | | |
| Viudo | 5 (1,3) | 3 (0,8) | 2 (0,5) | | |
| Separado | 7 (1,8) | 5 (1,3) | 2 (0,5) | | |
| Divorciado | 18 (4,6) | 7 (1,8) | 11 (2,8) | | |
| Pareja de hecho | 25 (6,4) | 1 (0,3) | 24 (6,2) | | |
| <i>Nivel de estudios (n, %)</i> | | | | X ² = 3,82 | |
| Elemental | 1 (0,3) | 0 (0,0) | 1 (0,3) | | |
| Secundaria | 16 (4,1) | 4 (1,0) | 12 (3,1) | | |
| Superior | 373 (95,6) | 175 (44,9) | 198 (50,8) | | |
| <i>Ingresos (n, %)</i> | | | | X ² = 290,54 [†] | V = 0,86 |
| Sin ingresos | 63 (16,2) | 3 (0,8) | 60 (15,4) | | |
| < 1MW | 66 (16,9) | 4 (1,0) | 62 (15,9) | | |
| 1MW-2MW | 46 (11,8) | 5 (1,3) | 41 (10,5) | | |
| 2MW-3MW | 39 (10,0) | 9 (2,3) | 30 (7,7) | | |
| 3MW-4MW | 165 (42,3) | 158 (40,5) | 7 (1,8) | | |
| 4MW-5MW | 4 (1,0) | 0 (0,0) | 4 (1,0) | | |
| > 5MW | 7 (1,8) | 0 (0,0) | 7 (1,8) | | |
| <i>Situación laboral (n, %)</i> | | | | X ² = 42,25 [†] | V = 0,40 |
| En paro | 28 (7,2) | 5 (1,3) | 23 (5,9) | | |
| No trabaja | 23 (5,9) | 4 (1,0) | 19 (4,9) | | |
| Estudiante | 85 (21,8) | 24 (6,2) | 61 (15,6) | | |
| Asalariado | 197 (50,5) | 108 (27,7) | 89 (22,8) | | |
| Autónomo | 51 (13,1) | 35 (9,0) | 16 (4,1) | | |
| Baja/incapacidad laboral | 1 (0,3) | 0 (0,0) | 1 (0,3) | | |
| Jubilado | 5 (1,3) | 2 (0,5) | 3 (0,8) | | |

d: índice de Cohen sobre la magnitud de la diferencia; DT: desviación típica; M: media; MW: salario mínimo; t: estadístico t de Student; V: V de Cramer; X²: estadístico Chi-cuadrado. *p < 0,05; †p < 0,01; ‡p < 0,001.

RESULTADOS PARA LOS DIFERENTES COMPONENTES DE LA IC TENIENDO EN CUENTA EL IMC

La tabla II muestra las diferencias, dentro de cada país, para cada componente de la IC, teniendo en cuenta el IMC. En los dos países se observa que las personas con SP presentan una peor percepción de sus cuerpos o partes del mismo respecto a las personas con NP, tal como reflejan las puntuaciones significativamente más altas en el SFS y en la escala de insatisfacción corporal del EDI-3. Esta última también puede ser un indicador de una mayor insatisfacción corporal en el plano cognitivo por parte de las personas con SP en ambos países, aunque el componente

cognitivo-conductual está más presente en la muestra española, tal y como muestran las puntuaciones significativamente más bajas del MBSRQ en el grupo SP respecto al grupo NP en dicha muestra. Sin embargo, el componente afectivo solo refleja puntuaciones significativas más altas del grupo SP frente al grupo NP en la muestra chilena.

En general, los resultados se apoyan en magnitudes de la diferencia bastante buenas, a excepción de las puntuaciones del SIBID, donde la *d* es más baja. También, se observa una *d* negativa en el MBSRQ, que se debe a que en este caso, a menor puntuación, mayor IC, y debido a que el grupo SP es el utilizado como referente y el NP, como control, por eso el resultado sería negativo.

Tabla II. Diferencias significativas entre grupos de IMC por países

| Chile | | | | | |
|--|-----------------|----------------|--------------------|-------|----------------|
| | NP (n = 97) | SP (n = 82) | t | d | IC 95% |
| SFS (M, DT) | 0,7 (1,0) | 1,7 (0,8) | -7,47 [‡] | 1,09 | (0,77, 1,40) |
| EDI-3. Body Dissatisfaction Scale (M, DT) | 13,4 (9,3) | 18,0 (8,9) | -3,36 [†] | 0,50 | (0,20, 0,80) |
| MBSRQ (M, DT) | 3,2 (0,4) | 3,1 (0,3) | 1,88 | - | - |
| SIBID (M, DT) | 1,2 (0,8) | 1,5 (0,9) | -2,71 [†] | 0,35 | (0,06, 0,65) |
| España | | | | | |
| | NP (n = 138) | SP (n = 73) | t | d | IC 95% |
| SFS (M, DT) | 0,9 (0,7) | 1,8 (1,0) | -6,49 [‡] | 1,10 | (0,80, 1,40) |
| EDI-3. Body Dissatisfaction Scale (M, DT) | 11,5 (8,3) | 17,3 (9,2) | -4,62 [‡] | 0,67 | (0,38, 0,96) |
| MBSRQ (M, DT) | 3,2 (0,5) | 2,9 (0,5) | 4,74 [‡] | -0,60 | (-0,89, -0,31) |
| SIBID (M, DT) | 1,5 (0,9) | 1,7 (1,0) | -1,69 | - | - |

d: índice de Cohen sobre la magnitud de la diferencia; DT: desviación típica; EDI: Eating Disorder Inventory; IC: intervalo de confianza; M: Media; MBSRQ: Multidimensional Body Self Relations Questionnaire; NP: normopeso; SFS: Standar Figural Stimuli; SIBID: Situational Inventory of Body-Image Dysphoria; SP: sobrepeso; t: prueba de t de Student. * $p < 0,05$; $†p < 0,01$; $‡p < 0,001$.

Finalmente, al establecer una comparación entre países, únicamente se observan diferencias significativas para el componente cognitivo-conductual en las personas con SP. Los participantes con SP españoles puntúan significativamente más bajo en el MBSRQ que los participantes con SP chilenos ($t = 3,68$, $p < 0,001$, $d = 0,49$, IC = 0,17-0,81).

RESULTADOS PARA LOS DIFERENTES COMPONENTES DE LA IC TENIENDO EN CUENTA EL SEXO Y EL IMC

Se observan puntuaciones significativamente más altas tanto en mujeres chilenas como españolas, en comparación con los hombres, para el componente perceptual y el afectivo de la IC. Estos resultados se apoyan en magnitudes de la diferencia medias y altas, siendo la r más baja igual a 0,33 (Tabla III).

Sin embargo, al comparar a las mujeres chilenas con las mujeres españolas, únicamente se observan diferencias significativas en el componente cognitivo-conductual. En este caso, las mujeres españolas con SP se presentan como más insatisfechas en esta área en cuestión frente a las mujeres chilenas con SP ($t = 4,14$, $p < 0,001$, $d = 0,72$, IC = 0,22-1,12).

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación es comparar los diferentes componentes de la IC (perceptual, cognitivo-conductual y afectivo) en la edad adulta en población comunitaria de España y de Chile, en ambos sexos.

Los resultados muestran que tanto las personas españolas como las chilenas con SP se encuentran más insatisfechas perceptualmente, es decir, valoran como ideal una figura más delgada en comparación a la que señalan cuando se les pregunta cómo se perciben. El hecho de que las personas con un IMC más elevado perciban peor su cuerpo ya había sido observado en estudios anteriores, tanto en Chile (14,18,25) como en España (20,24,26,27). Concretamente, son las mujeres con un IMC más alto las que perciben peor su cuerpo o partes del mismo respecto a los hombres (2,3,6,13-19). Las puntuaciones observadas en el SFS y en la escala de insatisfacción corporal del EDI-3 han constatado esta información, pues en estas son las mujeres, sobre todo aquellas con SP, las que presentan una mayor IC perceptual respecto a los hombres en ambos países.

La explicación de estos resultados en el componente perceptual va ligada al papel del componente cognitivo-conductual de la IC. En este estudio se observa que el componente cognitivo-conductual es el único que presenta diferencias significativas, al hacer la comparación entre países, siendo las personas con sobrepeso españolas, en especial las mujeres, las que se encuentran más insatisfechas en este componente respecto a la muestra chilena. Esto puede deberse a que en los países desarrollados (3,14,18-21), como España, el ideal de belleza femenino prodigado está más interiorizado y automatizado en los esquemas de funcionamiento femeninos (2,3,12-17). El asumir de un modo casi automático que los cuerpos extremadamente delgados o muy definidos son considerados los más bellos concuerda con el hecho de que en España la silueta señalada como ideal sea inferior en tamaño a la señalada como percibida (2,3,6,13-19).

Además, también existe una gran presión social y mediática por la cual se hace creer que la mujer joven y delgada es la más

Tabla III. Diferencias significativas teniendo en cuenta el IMC y el sexo por países

| Chile | | | | | | | | |
|---|---------------|----------------|--------------------|------|---------------|---------------|--------------------|------|
| | NP | | U | r | SP | | U | r |
| | H (n = 15) | M (n = 82) | | | H (n = 29) | M (n = 53) | | |
| SFS (M, DT) | 0,0 (1,1) | 0,8 (0,9) | 367,0 [†] | 0,26 | 1,5 (0,7) | 1,8 (0,9) | 644,0 | - |
| EDI-3. Body Dissatisfaction Scale (M, DT) | 7,5 (6,2) | 14,5 (9,4) | 336,0 [†] | 0,29 | 13,9 (6,7) | 20,3 (9,2) | 464,5 [†] | 0,33 |
| MBSRQ (M, DT) | 3,2 (0,4) | 3,2 (0,4) | 580,0 | - | 3,1 (0,4) | 3,1 (0,3) | 679,5 | - |
| SIBID (M, DT) | 0,4 (0,5) | 1,3 (0,8) | 190,0 [†] | 0,43 | 1,0 (0,8) | 1,8 (1,0) | 419,0 [†] | 0,38 |
| España | | | | | | | | |
| | NP | | U | r | SP | | U | r |
| | H (n = 19) | M (n = 119) | | | H (n = 20) | M (n = 53) | | |
| SFS (M, DT) | 0,9 (0,8) | 1,0 (0,7) | 1102,0 | - | 1,5 (0,8) | 2,0 (1,0) | 392,5 | - |
| EDI-3. Body Dissatisfaction Scale (M, DT) | 8,4 (7,6) | 12,0 (8,3) | 827,0 | - | 9,5 (8,1) | 20,2 (7,8) | 178,5 [†] | 0,51 |
| MBSRQ (M, DT) | 3,2 (0,6) | 3,2 (0,5) | 1.118,5 | - | 3,0 (0,5) | 2,8 (0,5) | 422,5 | - |
| SIBID (M, DT) | 1,4 (0,9) | 1,5 (0,9) | 1.035,5 | - | 1,0 (0,9) | 1,9 (0,9) | 217,5 [†] | 0,45 |

DT: desviación típica; EDI: Eating Disorder Inventory; M: media; MBSRQ: Multidimensional Body Self Relations Questionnaire; NP: normopeso; r: punto biserial de correlación para la magnitud del efecto; SFS: Standar Figural Stimuli; SIBID: Situational Inventory of Body-Image Dysphoria; SP: sobrepeso; U: prueba de U de Mann Whitney. * $p < 0,05$; $^{\dagger}p < 0,01$; $^{\ddagger}p < 0,001$.

exitosa con los miembros del otro sexo; lo anterior da lugar a una serie de comportamientos, actitudes y prácticas asociadas al culto al cuerpo, en una sociedad donde la mujer se ve mucho más presionada que el hombre para mantener una apariencia acorde con los estándares establecidos (3,17,23).

En países en vías de desarrollo, como Chile, la expansión de este ideal junto a todo lo que conlleva cada vez es mayor (13,14,19). Es posible que todavía no se haya instaurado tan profundamente como en los países desarrollados, pero los resultados observados en el área perceptual pueden ser indicadores significativos de la presencia de distorsiones, las cuales se podrían estar produciendo al ir estableciendo una comparación del propio cuerpo con un ideal de tamaño inferior (2,3,12,16).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el hecho de sentir que el propio cuerpo no encaja con lo demandado por la sociedad puede dar lugar a que en muchas situaciones las personas experimenten sentimientos desagradables relacionados con la imagen corporal (7,10). En este estudio han sido las personas con SP, en especial las mujeres, las que reportan una mayor IC en el componente afectivo. En España, la integración del ideal de belleza y la autopercepción negativa del propio cuerpo dan lugar a emociones negativas muy relacionadas con la baja autoestima (10). En el caso de Chile pueden deberse a que, efectivamente, perciben sus cuerpos de un modo negativo y no se aceptan, al igual que ocurre en España, pero no hay una integración de las conductas dirigidas a alcanzar ese ideal que tan instauradas están en los países desarrollados, el mal denominado autocuidado (14). Por lo tanto, en este caso puede surgir más la frustración de sentirse mal pero no saber hacia dónde dirigirse. Lo anterior no quiere decir que esas conductas orientadas

al culto al cuerpo sean positivas, sino que las personas las pueden interpretar como una solución a lo que consideran un problema.

Con todo, no se debe olvidar el hecho de que, tradicionalmente, los países latinoamericanos poseen un componente cultural más machista, lo cual podría dar lugar a que se le dé más importancia a lo que piensa el otro que a la propia opinión (23). Lo anteriormente señalado podría aumentar las posibilidades de que se den situaciones promotoras de emociones negativas relacionadas con la imagen (7,10).

Finalmente, parece que el tratamiento de la IC no se debe limitar a una exposición a aquellas partes del cuerpo que pueden provocar mayor desagrado, o donde la distorsión respecto al tamaño real de las mismas es muy grande. Esta es simplemente solo una parte del tratamiento que parece necesaria al mismo nivel en los dos países.

En España, debido a la mayor internalización en los esquemas mentales del ideal de belleza prodigadez, parece que una intervención cognitiva-conductual, donde se trabajen las creencias, los errores cognitivos y los comportamientos desadaptativos relacionados con la IC, sería más necesaria. Esto no quiere decir que este tipo de tratamiento no se deba aplicar en Chile también, pero las campañas de prevención y la psicoeducación sobre los estándares de belleza y los valores personales podrían ser un método más efectivo actualmente en ese país. Lo anterior sería un modo para intentar poner freno a la expansión en Chile de la asunción de la mujer delgada y joven como ideal y modelo a seguir.

El presente estudio presenta algunas limitaciones que pueden haber sesgado los resultados obtenidos, por lo que habrían de poderse subsanar en investigaciones posteriores. Por una parte, la

presencia de hombres es mucho más reducida, tanto en la muestra general como en los dos grupos de IMC. Por otra parte, cabe destacar que los datos relativos al peso y la altura son autoinformados. Sin embargo, se ha observado que las medidas autoinformadas de peso y altura resultan confiables, existiendo una alta correlación entre estas y los datos medidos directamente (36).

No obstante lo anterior, este estudio resulta pionero en el análisis de la IC a través de sus distintos componentes, en contraposición a la mayoría de las investigaciones, que suelen centrarse de modo exclusivo en el componente perceptual. Por otra parte, este estudio viene a evidenciar las similitudes y particularidades respecto de la IC existentes entre los países estudiados, proporcionando además sugerencias de intervención específicas para utilizar, ya sea a nivel clínico, comunitario o institucional, a la hora de afrontar esta problemática profundamente enraizada en las sociedades occidentales.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio forma parte del proyecto PSI2013-45292-R financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization (WHO). Obesity and overweight (prevalence), 2015. Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Elosua P. Efecto diferencial y modulador del índice de masa corporal sobre la insatisfacción corporal en mujeres jóvenes españolas y mexicanas. *Nutr Hosp* 2013;28(6):2175-81. DOI: 10.3305/nh.2013.28.6.6748
- Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* 2013;28(1):27-35. DOI: 10.3305/nh.2013.28.1.6016
- Fiske L, Fallon EA, Blissmer B, Redding CA. Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: review and recommendations for future research. *Eat Behav* 2014;15(3):357-65. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.04.010
- Lu HY, Hou HY. Testing a model of the predictors and consequences of body dissatisfaction. *Body Image* 2009;6(1):19-23. DOI: 10.1016/j.bodyim.2008.08.003
- Algars M, Santtila P, Varjonen M, Witting K, Johansson A, Jern P, et al. The adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. *J Aging Health* 2009;21(8):1112-32. DOI: 10.1177/0898264309348023
- Cash TF. The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: psychometric evidence and development of a short form. *Int J Eat Disord* 2002;32(3):362-6. DOI: 10.1002/eat.10100
- Thompson JK. Assessing body image disturbance: measures, methodology and implementation. En: Thompson JK, ed. *Body image, eating disorders and obesity*. Washington DC: American Psychological Association; 2000. pp. 49-82.
- Sepúlveda A, Botella J, León J. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema* 2001;13:7-16.
- Perpiñá C, Gallego M, Botella C. Psychometrics properties of the Situational Inventory of Body-Image Dysphoria-Short form in a Spanish sample. *Body Image* 2006;3(3):301-6. DOI: 10.1016/j.bodyim.2006.07.002
- Botella L, Rabert ER, Ruiz B. Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Rev Argent Clin Psic* 2009;18:253-64.
- Rodgers RF. The role of the "Healthy Weight" discourse in body image and eating concerns: an extension of sociocultural theory. *Eat Behav* 2016;22:194-8. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.004
- Rodríguez S, Cruz S. Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema* 2008;20(1):131-7.
- Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, Toro J, Gutiérrez-Maldonado J, Peñaloza C, Cuadros-Sosa Y, et al. Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image* 2011;8(1):78-81. DOI: 10.1016/j.bodyim.2010.11.004
- Tiggemann M. Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image* 2004;1(1):29-41. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00002-0
- Magallares A, Carbonero-Carreño R, Ruiz-Prieto I, Jauregui-Lobera I. Beliefs about obesity and their relationship with dietary restraint and body image perception. *An Psicol* 2016;32(2):349. DOI: 10.6018/analesps.32.2.215251
- Slevec JH, Tiggemann M. Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clin Psychol Rev* 2011;31(4):515-24. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.12.002
- Larrain ME, Arrieta M, Orellana Y, Zegers B. Impacto de imágenes femeninas presentadas por los medios de comunicación en adolescentes mujeres de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Psyke* 2013;22(1):29-41. DOI: 10.7764/psyke.22.1.634
- Granillo MT, Grogan-Kaylor A, Delva J, Castillo M. Eating disorders among a community-based sample of Chilean female adolescents. *J Res Adolesc* 2011;21(4):762-8. DOI: 10.1111/j.1532-7795-2010-00733.x
- Pimenta AM, Sánchez-Villegas A, Bes-rastrollo M, López CN, Martínez-González MÁ. Relationship between body image disturbance and incidence of depression: the SUN prospective cohort. *BMC Public Health* 2009;9:1-9. DOI: 10.1186/1471-2458-9-1
- Toro J, Gomez-Peresmitré G, Sentis J, Vallés A, Casulá V, Castro J, et al. Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(7):556-65. DOI: 10.1007/s00127-006-0067-x
- Koff E, Lucas M, Migliorini R, Grossmith S. Women and body dissatisfaction: does sexual orientation make a difference? *Body Image* 2010;7(3):255-8. DOI: 10.1016/j.bodyim.2010.03.001
- Buote VM, Wilson AE, Strahan EJ, Gazzola SB, Pappas F. Setting the bar: divergent sociocultural norms for women's and men's ideal appearance in real-world contexts. *Body Image* 2011;8(4):322-34. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.06.002
- Acevedo P, López-Ejeda N, Alférez-García I, Martínez-Álvarez JR, Villarino A, Cabañas MD, et al. Body mass index through self-reported data and body image perception in Spanish adults attending dietary consultation. *Nutrition* 2014;30(6):679-84. DOI: 10.1016/j.nut.2013.11.006
- Lizana PA, Simpson C, Yanez L, Saavedra K. Body image and weight status of children from rural areas of Valparaíso, Chile. *Nutr Hosp* 2015;31(2):698-703. DOI: 10.3305/nh.2015.31.2.7794
- Téllez Suárez E, Castillo Biscarri N, García Quesada S, Yagüe Lobo I, Requena Angulo M, Olmedilla Ishishi Y, et al. Satisfacción con la propia imagen corporal en una población de estudiantes universitarios de la Comunidad de Madrid. *Nutr Hosp* 2015;31(3):1423-6. DOI: 10.3305/nh.2015.31.3.8349
- Arroyo M, Ansotegui L, Pereira E, Lacerda F, Valador N, Serrano L, et al. Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutr Hosp* 2008;23(4):366-72.
- Mellor D, McCabe M, Ricciardelli L, Merino ME. Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: the role of sociocultural factors. *Body Image* 2008;5(2):205-15. DOI: 10.1016/j.bodyim.2008.01.004
- Thompson MA, Gray J. Development and validation of a new body-image assessment scale. *J Pers Assess* 1995;64(2):258-69.
- Rueda-Jaimes GE, López PAC, Flórez SM, Martínez-Villalba AMR. Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr* 2012;41(1):101-10.
- Cash T. Body image enhancement: a program for overcoming a negative body image. New York: Guilford; 1990.
- Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Pérez-Villalobos CE, Lizana P, Moore C, Simpson S, et al. Factor structure and reliability of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire in Chilean youth. *Eat Weight Disord* 2017;1-12.
- Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2(2):15-34. DOI: 10.1002/1098-108X(198312)2:2<15::AID-EA-T2260020203>3.0.CO;2-6
- Elosua P, López-Jáuregui A, Sánchez-Sánchez F. Adaptación española del Eating Disorder Inventory-3. Normalización y validación. Madrid: TEA; 2010.
- Cohen J. Statistical power analysis for behavioral sciences. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.
- Lora-Cortez C, Saucedo-Molina T. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Ment* 2006;29(3):60-7.